Rok XXVII. Kraków, 6 Października 1888. Nr. 40.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jedeu numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym, wywołane cierpieniem cewki.

Skreślił Dr. M. Misiewicz,
właściciel lecznicy miasta Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Pod wpływem więc układu nerwowego występuje naprzód zmienione krążenie krwi w nerkach, a potém zjawia się białko, lecz mechanizm białkomoczu dotychczas wyjaśnionym nie został; z jednéj strony Ludwig, Herman, Overbeck przypuszczają zwiększone parcie krwi w kłębkach Malpighiego i przesączanie się rozczynu białka przez błony pod zwiększoném ciśnieniem; Edlefsen, Wolkenstein, Runeberg i Fischl przypuszczają zmniejszone parcie krwi, wzgl. przepełnienie żył nerkowych, a zatém zwiększone parcie w kanalikach moczowych; wreszcie Charcot, Bamberger, Posner wyprowadzają białkomocz z powolniejszego krążenia krwi w nerkach, gdyż przez to krew dłużéj się styka ze ścianami naczyń włoskowatych, a więc białko łatwiéj przez nie przesączać się będzie. Bartels przypuszcza jeszcze możliwość zmian w samych ścianach naczyń nerkowych. Nadmienić też wypada, że Magendie, Stokvis i inni twierdzą, że zmieniona mięszanina krwi może być istotną a ogólną przyczyną białkomoczu. Jakkolwiek przypuszczenie to dałoby się słusznie przyjąć w niektórych przypadkach chorobowych, nie można go atoli stósować do wszystkich postaci białkomoczu. Ztąd niektóre jego odmiany, jako *Albuminuria regulatoria* Rosenbacha, *Albuminuria haematogenes* Bambergera i *Albuminuria alimentaria* Gublera, są prawdopodobnie tylko odmiennemi postaciami nerwic i potrzebują dokładnéj kontroli i liczniejszéj obserwacyi. Z tego widzimy, iż sprawa zjawiania się białka w moczu nie jest w zupełności wyjaśnioną, że żadna z hypotez nie uzyskała powszechnego uznania, a każdy z autorów robi pewne dodatki, odnoszące się to do zmian w jakości krwi, to do zmian w ścianach naczyń, a któreto ostatnie mają zależeć od czynności nerwów. Wracając do naszego przypadku uprzytomnijmy sobie naprzód anamnezę. Chory w młodości oddawał się onanii, następnie przechodził kilkakrotnie rzeżączkę, która pozostawiła ślady w postaci przewlekłego nieżytu części krokowéj i zmiany w błonie śluzowéj cewki (*xerosis*) a w ciałach jamistych lekki przerost *(abscessus periurethrales)* zacząwszy od opuszki aż do szyjki. Wkrótce potém chory zauważył niemoc a następnie wystąpił białkomocz. W przebiegu ostatniego leczenia wystąpił obrzęk śledziony i atonija przewodu pokarmowego, przytém chory popadł w stan zadumy i przygnębienia. Nie podlega wątpliwości, że z jednéj strony nieżyt szyjki i nacisk prawéj połowy gruczołu krokowego na *area sensitiva* cewki wywołał niemoc zwrotną, na zasadzie mechanizmu wyżéj omówionego, lecz jaką rolę odgrywał tu białkomocz i obrzęk śledziony? Przeciw zimnicy przemawia przeszłość chorego wolna od napadów zimniczych, brak charakterystycznych zmian ciepłoty i moczu, brak objawów charłactwa zimniczego. Chory nie mieszkał nigdy w okolicy błotnistéj, miał suche widne, słoneczne mieszkanie; sole chininowe i arsen nie wpłynęły ani na ilość białka, ani na obrzęk śledziony, który ma własności odmienne, niż to bywa w zimnicy; nietylko nie jest ona twardszą niż w stanie fizyjologicznym, lecz zupełnie ciastowatą, brzegi jéj nie są zgrubiałe i gładkie, lecz cienkie i nierówne, a prąd elektryczny, czyto stały czy przerywany, mimo kilkakrotnego stósowania go, pozostał bez widocznego wpływu. Występują wprawdzie czasem samoistne obrzęki śledziony, lecz towarzyszą im zawsze zmiany ciepłoty, odżywianie ogólne upada, zjawiają się dreszcze, wymioty, ból głowy, poty itp., czego jednak w danym razie chory nie spostrzegał. Białkomocz zjawił się równocześnie z niemocą, lecz nie wyczerpuje chorego, gdyż nie czuje on się ani znużonym, ani słabym, jak to bywa przy białkomoczu pochodzenia zimniczego lub chorobie Brighta, przytém białko występuje nader nieregularnie, w różnych odstępach nieprawidłowych; jeżeli zaś były objawy przygnębienia, zwątpienia, płaczliwości, to zależały więcéj od rozstroju nerwowego niż

od ubytku białka, które wydzielało się w bardzo małéj ilości, a chory w ogóle miał dobry apetyt i dobrze się odżywiał. Białkomocz występował jednocześnie z niemocą, i razem z nią ginął na kilka tygodni, w ciągu których chory czuł się zupełnie dobrze, był nawet wesołym i ożywionym. Nie zależał téż od zmian w przewodzie pokarmowym, gdyż atonija kiszek ustępowała po każdorazowém zastósowaniu zimnéj wody, a wtedy chory trawił bardzo dobrze, miał doskonały apetyt, stolce wolne i lekkie. Bywały wprawdzie zastoiny kałowe, ale nie zauważyłem, aby ilość białka powiększała się w skutek tego, a po zadaniu oleju rącznikowego i usunięciu zupełném zastoin, mimo szczegółowego badania zmian w ilości białka dostrzedz nie mogłem. W moczu, badanym bardzo często, nigdy nie znalazłem ani wałeczków, ani przybłonka ani wreszcie ciałek krwi, ropy itd., a zatém wykluczyć musiałem wady organiczne w nerkach. Gdy więc obrzęk śledziony i białkomocz okazały się niezależnemi od zmian w trzewach, od wad ustrojowych w nerkach lub ich otoczenia, od zakażenia zimniczego i zmian w mięszaninie krwi, przypuścić więc można z prawdopodobieństwem, iż były pochodzenia nerwowego, a za takiém pochodzeniem przemawiają: 1) nieregularne zjawianie się tych objawów i znikanie ich bez widocznéj przyczyny, 2) zjawianie się białkomoczu jednocześnie z nerwicą zwrotną wyszłą z części krokowéj cewki, 3) brak zmian organicznych w trzewach lub chorób białkomocz wywołujących, 4) ogólny nastrój nerwowy chorego, obok zwątpienia, zniechęcenia, płaczliwości itp. objawów hypochondryi, 5) usposobienie do zbytniéj pobudliwości w obrębie narządów płciowych, w skutek samogwałtu, częstych drażnień płciowych i saméj sprawy rzeżączkowéj, resp. nieżytu w *area sensitiva* cewki i ucisk jéj guzem krokowym, wywołującym łatwo nerwice, nietylko w obrębie tych narządów, ale i w miejscach oddalonych. Tak więc przypuścić musimy, iż białkomocz przemijający może powstać z choroby krocza i może on występować w postaci nerwicy zwrotnéj, czy to w postaci nerwicy z ucisku czy téż ze zmian ustrojowych części krokowéj cewki i słusznie zasługuje na miano b i a ł k o m o c z u z w r o t n e g o. Pozostaje nam jeszcze pytanie, w jaki sposób to miało miejsce i jakiemi drogami nastąpił wybuch téj nerwicy? jaki związek ma ona w danym przypadku z niemocą? W tym celu zwrócić się musimy do unerwienia nerek i wykazać przebieg i stosunki splotu nerkowego.

Plexus renalis królika, psa, wołu i człowieka tworzy sieć otaczającą tętnicę nerkową, prócz tego jest jeszcze kilka pni, idących równolegle z tętnicą a wdrążających do wnęki, pochodzących przeważnie od *pl. coeliacus* i *aorticus*, jakotéż ze zwoju. leżącego pod *ren succenturium*, a otrzymującego swe włókna od n. trzewowego. Co do pochodzenia nerwów nerki z nerwu współczulnego, to początek ich, według Hermanna, jest zmienny, przyjąć jednak można za prawidło, iż ze zwoju, leżącego w okolicy główki 11 żebra wychodzi jedna grubsza, a pod nią 3—4 cieńszych gałązek, pierwsza odpowiada n. trzewowemu większemu, wychodzące zaś poniżéj są to gałązki n. trzewowego mniejszego. F r a n k e n h ä u s e r opisał zwoje leżące po bokach splotu nerkowego, a mianowicie nad tętnicą nerkową leży pierwszy największy zwój, łączący się za pomocą 2 włókien nerwowych ze zwojem drugim, utworzonym z włókien *n. splan. minoris* i z włókienka, idącego od zwoju lędźwiowego. Zwój drugi leży na dolnéj powierzchni tętnicy, zwój trzeci zaś więcéj ku tyłowi i tworzy się z włókien dwóch pierwszych. Czwarty wreszcie tworzy się z włókien komunikacyjnych zwojów powyższych, łączących się na przedniéj powierzchni tętnicy; czasem bywa 5ty zwój przy wejściu do moczowodów. Według Strickera i Rankego jedne z nerwów przeznaczone są dla istoty nerek, inne tylko dla naczyń, a pochodzą *a*) zewnętrzne od *splanchnicus major*, *minor* i od splotu lędźwiowego, *b*) górne od *gangl. coeliacum* odpowiedniéj strony, *c*) wewnętrzne od *plexus mesentericus* i *gangl. coeliacum* strony przeciwnéj. Opisawszy w ten sposób pochodzenie splotu nerkowego, autorowie ci dodają, że splot ten dosyć gruby, siatkowaty, wstępuje od góry i z przodu ku tyłowi do istoty nerek, w towarzystwie żyły i tętnicy nerkowéj, przyczém włókna pochodzące z rozmaitych źródeł układają się w ten sposób, iż główny pień splotu, pochodzący od nerwu współczulnego, mieści się w otoczce tkanki łącznéj, otaczającéj tętnicę i żyłę, na bocznéj zaś powierzchni naczyń przebiegają włókna z systemu n. błędnego. Z tego ostatniego nerwu *pneumogastricus* daje naprzód włókna do splotu słońcowego, które następnie łączą się ze splotem nerkowym; mianowicie na wysokości 11go żebra, w okolicy 11 kręgu piersiowego, między *aorta thoracica* i *pl. splenicus*, oddaje wspomniany nerw kilka gałązek idących nad splotem słońcowym i komunikujących z n. wieńcowym żołądka, a poniżéj 3éj lub 4éj gałązki do *plexus coeliacus*, które w dalszym przebiegu przyjmują samoistny udział w utworzeniu spl. nerkowego. Ze splotów nadnercza (*pl. capsulares superior, medius* i *inferior*) tylko średni i dolny przyczyniają się do wzmocnienia tego splotu. Najważniejszym dla mnie jest jednak stosunek s p l o t u n e r k o w e g o d o s p l o t u n a s i e n n e g o. Włókna tego ostatniego, jak wiadomo, przebiegają razem z tętnicą i żyłą nasienną, tworząc na nich lekką sieć i na wysokości ujścia moczowodu zlewają się ze splotem lędźwioaortowym odpowiedniéj strony. Po odpreparowaniu sznurka nasiennego, w obrębie dolnego brzegu nerki, w odległości mniéj lub więcéj 3cm. od rozdwojenia aorty i odsunąwszy z jednéj strony moczowód a z drugiéj aortę, widzimy, iż w tem miejscu włókna spl. nasiennego rozgałęziają się głównie na żyle nasiennéj, leżącéj w tém miejscu stale między łukiem moczowodu a tętnicą nasienną i rozchodzą się widełkowato w 3ch kierunkach, najliczniejsze idą ku wewnątrz do spl. lędźwiowego aorty odpowiedniéj strony, inne idą na zewnątrz do moczowodu, w r e s z c i e p o z o s t a ł e 2—3 w ł ó k i e n i d ą k u g ó r z e i n a z e w n ą t r z, z l e w a j ą c s i ę j u ż t o z e s p l o t e m n e r k o w y m j u ż t o b e z p o ś r e d n i o z w ł ó k n a m i, p r z e b i e g a j ą c e m i n a d o l n y m b r z e g u ż y ł y n e r k o w é j. T y m s p o s o b e m w ł ó k n a s p l. n a s i e n n e g o n i e t y l k o ł ą c z ą s i ę b e z p o ś r e d n i o z e s p l. n e r k o w y m, a l e p r z y j m u j ą s a m o i s t n e p o ś r e d n i c t w o w u t w o r z e n i u t e g o o s t a t n i e g o. Otoczywszy przednią powierzchnię moczowodów, nerwy spl. nerkowego tworzą nieregularną siatkę i wstępują w towarzystwie żyły i tętnicy do istoty miazgowéj nerki, przytém pnie nerwowe układają się w takim porządku: środek zwoju stanowią włókna ze splotów: słońcowego, lędźwiowego i *pl. coeliacus* leżące we wspólnéj pochewce z tkanki łącznéj z naczyniami, włókna zaś pochodzące z systemu n. błędnego biegną po bocznych powierzchniach naczyń, a krańcowe brzegi splotu nerkowego stanowią od góry sploty nadnercza i gałązki, komunikujące ze splotem nasiennym (*ramus anastomoticus recurrens plexus spermatici*). Mając już wykazany powyżéj bezpośredni związek splotu nerkowego ze splotem nasiennym, łatwo wytłumaczymy sobie, dla czego drażnienie gałęzi obwodowych tego ostatniego splotu w na-

rządzie rodnym, wywołane bądź sprawą nieżytową, bądź uciskiem ze strony guza krokowego, może wywołać na drodze zwrotnéj zmiany w krążeniu nerkowém, wzgl. zmiany w wydzielaniu moczu lub obecności białka w tym ostatnim. Pozostaje nam jeszcze wyjaśnić znaczenie obrzęku śledziony. Powyżéj wykluczyłem związek jego z zimnicą, zmianami w mięszaninie krwi lub w ogólném odżywianiu. Gruczoły chłonne nie przedstawiały żadnych zmian w budowie, cera była cokolwiek bladą, ale bez śladu woskowego zabarwienia. Ponieważ omawiany obrzęk zjawił się znacznie późniéj niż białkomocz i niemoc, nieprawdopodobnym więc wydaje się związek jego z opisanemi nerwicami zwrotnemi, choć pochodzenia jego na drodze zwrotnéj w zupełności wykluczyć nie można; gdyż ta sama przyczyna, która sprawiła zboczenie w czynności nerek, mogła także wpłynąć na powiększenie śledziony. Z drugiéj strony należy téż uwzględnić, iż, jakkolwiek wydalenie zastoin kałowych i usunięcie atonii przewodu pokarmowego nie wywierały dodatniego wpływu na zmiany w śledzionie, mimo to możliwym jest wzajemny stosunek tych objawów, niezależnie od reszty zaburzeń; obrzęk śledziony zjawił się znacznie późniéj niż niemoc i białkomocz, a zatém w żadnym razie nie można go uważać za przyczynę omawianych nerwic i co najwięcéj przyjąć go można za objaw współrzędny; przynajmniéj moje osobiste zapatrywanie przechyla się do tego ostatniego przypuszczenia.

Przypadek VI. W roku 1884 śledziłem przypadek moczówki, który najsnadniéj zaliczyćby można do *diabetes insipidus*. U dziewczynki 12-letniéj wątłéj i niedokrewnéj występowało co 3 lub 4 tygodnie zwiększone wydzielanie moczu, tak iż ilość jego przekraczała nieraz 2000cm.sz. na dobę. Mocz był jasnym jak woda i nie udało mi się wykazać w nim jakichkolwiek zmian składowych. Trwało to dni kilka, poczém bez powodu moczówka ustępowała bez śladu. Czasem towarzyszyło jéj nieznaczne parcie na mocz lub palenie w narządach rodnych zewnętrznych, lecz w ogóle chora czuła się dobrze, była wesołą i ożywioną. Przy powtórném badaniu rodzice zapowiadają mi, iż chora miała znowu napad i że nagle dostała wodnistych wypróżnień, a nadto wydziela mocz w bardzo wielkiéj ilości. Wypuściłem cewnikiem około 400gr. jasnego moczu, o ciężarze gatunkowym 1002 i znalazłem w nim znacznie zwiększone fosforany i duże ilości moczanów. Moczówka trwała tym razem do wieczora, poczém bez żadnéj interwencyi ustąpiła. Badanie miejscowe wykazało nieżyt przedsionka, który był pokryty przeźroczystą śluzową wydzieliną, zaczerwienienie i lekki obrzęk ujścia cewki i nadwrażliwość w obrębie małych warg i łechtaczki. Rodzice zapytywani o samogwałt twierdzą, iż nie spostrzegli aby to miało miejsce, mimo to obstawałem przy podejrzeniu, gdyż inaczéj wytłumaczyć sobie nie mogłem przyczyny zmian nieżytowych i nadczułości narządów rodnych. Nie można tu było odnieść zwiększonego wydzielania moczu do płynów wypitych w najbliższym czasie, ani téż do zboczenia w nerkach lub w czynności serca, słusznie więc prawdopodobném wydawało mi się przypuszczenie, iż przyczyną były zboczenia w czynności nerwów, pośredniczących w wydzielaniu moczu; przemawiało za tém spostrzeżeniem, że po napadach moczówki występowały znaczne okresy czasu (3 tygodnie), w których chora czuła się zupełnie od nich wolną. (C. d. n.)

II. O laparotomii jako środku leczniczym w niedrożności jelit.

Podał Prof. Dr. Obaliński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

29. Gitla Feuerowa, lat 46, żona rzeźnika, przyjęta na oddział chorób wewnętrznych z powodu cierpień w przewodzie pokarmowym, od kilku miesięcy prawie bez przerwy się powtarzających. Na podstawie częstego zaparcia stolca połączonego z bólami umiejscowionemi zawsze do jednego miejsca, w którém znaczniejszy czuło się opór, mianowicie w okolicy kątnicy, daléj występującego czasem odęcia brzucha z wybitnym ruchem jelit antiperistaltycznym przypuszczano zwężenie lub kątowate nagięcie jelita i radzono usunięcie radykalne przeszkody przez laparotomiję. Wykonałem ją 10 sierpnia 1887, przyczém znalazłem kątnicę bardzo ruchomą o niezwykle długiéj krezce a 30cm. powyżéj od niéj jelito okręcone około siebie. Ułożywszy jelita należycie zaszyto brzuch a chora w 11 dni późniéj opuściła zakład zdrowa.

30. Rozalija Bodzoniowa, lat 30, żona ślusarza. Opierając się na wywiadach stwierdzających trwanie chronicznéj obstypacyi od lat trzech, wśród któréj występują groźne przypady niedrożności najprzód co kilka miesięcy, późniéj co kilka tygodni, a w ostatnich czasach prawie nieustannie, daléj na stwierdzeniu brzucha mocno wzdętego kształtu kopuły, jelit mocno rozdętych i ruch swój przez ścieńczałe powłoki brzuszne markujących, wymiotów obfitych i częstych, a w końcu na nieustępowaniu tych przypadów pomimo stolców wywołanych silnemi czyśćcami, rozpoznawano albo zwężenie, albo kątowate zagięcie jelita i postanowiono wykonać laparotomiję. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono jelita rozdęte, kiszki zapadnięte a kątnicę z prawéj strony pomieszczoną na lewo, twardą, naciekłą, do tylnéj ściany brzusznéj przytwierdzoną i gruczołami powiększonemi otoczoną, tak że zdawało mi się nie ulegać wątpliwości, że mam przed sobą naciek rakowaty i to nie mogący być za pomocą resekcyi usuniętym. Dla tego, bez długiego namysłu, założyłem sztuczną odbytnicę powyżéj tego miejsca. Tylko przez kilkanaście dni odchodził kał przez sztuczną odbytnicę, późniéj zaczął odchodzić po połowie obydwiema drogami; po miesiącu zaś przeważnie drogą naturalną a przetoką tylko kiedy niekiedy i to w bardzo małéj ilości. Nadto stwierdziliśmy, że obrzęk, który po opadnięciu brzucha dawał się dokładnie przez powłoki brzuszne wymacać w wielkości sporéj pięści, znikł po miesiącu prawie zupełnie, tak iż początkowe rozpoznanie nacieku rakowatego zamienić musieliśmy na naciek zapalny.

31. Majłech Fürst, lat 46, propinator. Przed tygodniem wystąpił ból po stolcu a odtąd przypady niedrożności jelit coraz bardziéj się wzmagające i różnym środkom czyszczącym nieustępujące. Na podstawie wybitnie rysującéj się poprzecznicy przypuszczano zaporę w kiszce esowatéj i tam téż ją zaraz po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono. Rozdęcie jelit powyżéj było tak znaczne, że musiano trójgrańcem wypuścić gazy, aby można było odprowadzić znaleziony skręt. Z obawy wydostania się kału przez zrobiony otwór założono w tém miejscu sztuczną odbytnicę. Początkowo odchodził kał przetoką i drogą naturalną a chory zdawał się być uratowanym, wkrótce jednak zaczęły się rozwijać przypady zapalenia otrzewny, która już podczas operacyi była znacznie nastrzykaną i wśród nich zakończył chory życie 9go dnia po operacyi.

32. Bazyli Remera, lat 44, djak cerkiewny. Choroba jego rozpoczęła się przed 6ma tygodniami od bólów w okolicy kątnicy, nudności, braku apetytu i czkawki. Przypady te wzmogły się w ostatnich 10 dniach aż do niedrożności jelit; przysłano go przeto z rozpoznaniem następstw przebytéj *perityphlitis* do laparotomii. Przy badaniu znalazłem u osoby wynędzniałéj, osłabionéj, z wyrazem twarzy bolesnym i z tętnem drobném, słabém: brzuch zapadnięty z żołądkiem bardzo rozdętym, z wyniosłością w zatoce prawéj biodrowéj bolesną; z brakiem stolca i wiatrów obok bardzo obfitych wymiotów. W przypuszczeniu zapory mechanicznéj wysoko w jelicie czczém położonéj przystąpiłem, mimo bardzo niekorzystnych warunków, do laparotomii wykonywając cięcie z boku na sam guz. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono całe prawie jelito czcze zapadnięte, z sobą i z własną krezką świeżemi zrostami posklejane; a gdy usiłowano zrosty te rozdzielać, powstawało tak znaczne krwawienie, że widząc niemożność dalszéj pomocy zaszyłem jamę brzuszną. Śmierć nastąpiła mimo to jednak dopiero w 9 dni późniéj po zupełném wycieńczeniu sił skutkiem wymiotów i niemożności odżywiania się a sekcyja wykonana w zakładzie prof. Browicza wykazała oprócz opisanych stosunków jeszcze rozległy ropień sięgający od kątnicy pod owemi pozrastanemi jelitami aż do żołądka, którego część odźwiernikowa tak była sprawą tą skurczona, iż tylna ściana żołądka jakby klapa zatykała wylot odźwiernika.

33. N. N. dziecko trzymiesięczne dobrze odżywione od kilku dni niespokojne, płacze, okazuje brzuch wzdęty i brak wiatrów i stolców; od czasu do czasu wymioty. Przywołany lekarz znalazł oprócz powyższych przypadów jeszcze wyraźny kiełbasowaty poprzecznie położony obrzęk a rozpoznawszy wgłobienie radził laparotomiję, do któréj mnie zawezwano, a którą wykonałem jeszcze tego samego wieczora, t. j. w 48 godzin od czasu wystąpienia pierwszych objawów. Zaraz po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono wgłobienie jelita biodrowego w kątnicę i to tak silne, iż zaledwie dało się odprowadzić, przyczém stwierdzono już niektóre miejsca w jelicie wydobytém bardzo podejrzane. Dziecko przetrzymało operacyję bardzo dobrze, uspokoiło się, spało, w kilka godzin miało obfity stołeczek; lecz mimo to nad ranem zaczęło zapadać i w 24 godzin po operacyi umarło. Najprawdopodobniéj ów podejrzany stan jelita wydobytego stał się przyczyną septycznego zapalenia otrzewny, o czém jednak nie mogliśmy się naocznie przekonać, gdyż rodzice nie zezwolili na sekcyję.

34 [1]). Maryjanna Stankiewiczowa, l. 48, wyrobnica przybyła na oddział 4go sierpnia 1888 twierdząc, że jest już chorą od dni czterech. Brak stolca i wiatrów, wymioty, wzdęcie brzucha kuliste z cieniującym się przez powłoki brzuszne ruchem jelit, największa bolesność i nieco zwiększony opór przy dotykaniu w zatoce biodrowéj prawéj pozwalały przypuszczać skręt w okolicy kątnicy, nie czyniły jednak rozpoznania pewném. Po otwarciu jamy brzusznéj znalazłem rzeczywiście kątnicę okręconą około swego niezwykle długiego śródjelicia. Jama brzuszna była zaledwie kilka minut otwartą a ułożywszy należycie kątnicę i wymaczawszy nieco ciemnawéj przesączyny zamknięto ją zwykle używanym trójrzędowym szwem. Stan ogólny coraz lepszy, na 3ci dzień stolec. Z końcem trzeciego tygodnia opuściła chora zakład zupełnie zdrowa.

35. Elżbieta Janotkowa, lat 33, żona rymarza przybyła 9go sierpnia z wybitnemi przypadami niedrożności jelit (wymioty kałowe), które powoli od dni czterech się zwiększały. Przed $1\frac{1}{2}$ miesiącem była operowaną w klinice tutejszéj z powodu uwięźnięcia jelit w przepuklinie udowéj, o czém świadczy jeszcze dosyć świeża blizna, przyczém była wykonaną resekcyja pętli i pierworzędna enterorafija. W przypuszczeniu jakichś świeżych zrostów, które sprowadziły zwężenie światła jelit lub kątowe tychże zagięcie, przystąpiłem zaraz do laparotomii. Ręka wprowadzona odkryła zaraz wśród rozdętych jelit miejsce zbitsze przytwierdzone do przedniéj ściany brzusznéj nieco po lewéj stronie. Bliższe rozpatrzenie się wykazało, że jelito biodrowe w oddaleniu kilkudziesięciu cm. od kątnicy zrosło się z sobą, ze siecią i ze ścianą brzuszną, przez co powstał kłębek tak zbity, iż wcale kału nie przepuszczał. Przy usiłowaniu uwolnienia jelita z tego kłębka pokazał się w jedném miejscu kał, tak że nie pozostało nic innego, jak to miejsce wyresekować i po wypuszczeniu kału z jelita doprowadzającego zeszyć to jelito z odprowadzającém; gdy zaś różnica światła między obydwoma była bardzo znaczną, musiałem poprzednio szersze światło zwęzić. Nic więc dziwnego, że tym razem operacyja trwała 92 minut, skutkiem czego siły, i tak już nadwątlone, zaczęły się wyczerpywać. Mimo wstrzykiwań eteru i kokainu zapad był coraz silniejszy a w 20 godzin po operacyi chora umarła.

36. Józef Marchewka, lat 32, parobek z Dzikowa. Na ośm dni przed przybyciem do szpitala wepchnął sobie chory przemocą przepuklinę pachwinową prawą, którą zwykł był od lat kilku z łatwością odprowadzać i od tego czasu wystąpiły u niego objawy niedrożności jelit. U mężczyzny dosyć dobrze odżywionego, z bolesnym wyrazem na twarzy, widzieliśmy brzuch kulisto wzdęty z cieniującemi się pętlami jelit; ból tamże przy ucisku powyżéj pachwiny znacznie się powiększający; wymioty kałowe, brak wiatrów i stolca. Okolica kanału pachwinowego prawego przedstawia zaklęśnięcie, tak iż moszna po stronie prawéj są lejkowato w głąb kanału wciągnięte a jądra prawego wcale domacać się nię można. Rozpoznawszy wrzekome odprowadzenie uwięźnionéj przepukliny przystąpiono natychmiast do laparotomii, przyczém znaleziono pętlę jelita biodrowego przytrzymaną w okolicy wewnętrznego ujścia kanału pachwinowego za pomocą taśmy zbitéj grubości małego palca. Po przecięciu téj taśmy zaczął się kał natychmiast ku dołowi posuwać przez miejsce przesznurowane. Gdy worek przepuklinowy nazad do moszen odprowadzono i jądro w swojém miejscu ułożono, wykonałem doszczętną operacyję przepukliny przez wycięcie całego worka wraz z jądrem, przyczém się pokazało, że owa taśma przebiegała od jednéj ściany worka przepuklinowego do drugiéj i była właściwą przyczyną uwięźnięcia w nim jelita. W kilka godzin po operacyi oddał pacyjent kilka stolców, po których czuł się bardzo dobrze a stan ten polepszał się z każdym dniem tak, że odejmując w dniu piątym szwy płytkowe uważałem go za uratowanego.

37. U tego samego chorego występuje szóstego dnia po operacyi nagle ból w brzuchu, tenże wzdyma się ponownie, chociaż był już zupełnie opadł, wymioty i zaparcie wiatrów. Rozstrzygnięcie, czy w obecnym przypadku miałem przed sobą zapalenie otrzewny, czy też powtórzenie się mechanicznéj niedrożności jelita, nie było tak łatwém; na podstawie jednak, że sprawa wystąpiła dosyć ostro, że bolesność ograniczała się wybitnie do prawego dolnego odcinka brzucha, daléj że pętle jelitowe wybitnie się przez powłoki brzuszne rysowały, przechyliłem się do tego ostatniego rozpoznania i na téj podstawie przystąpiłem w ośm dni po pierwszéj do drugiéj laparotomii, któréj cięcie wykonać musiałem z boku, gdyż poprzednie środkowe rozeszło się aż do szwu otrzewnowego i z powodu nieaseptyczności tym razem do otwarcia jamy brzusznéj użytém być nie mogło. Po wydobyciu jednéj części bardzo rozszerzonych jelit odnalazłem skręt tychże tuż ponad kątnicą, która nadto mając bardzo długą krezkę przesuniętą była ku wewnątrz a jelita wsunięte w uchyłek podkrezkowy. Po wyprostowaniu skrętu zaczął się zaraz kał posuwać ku dołowi i wypełnił zapadniętą kątnicę; mimo to nie dały się jelita nazad wprowadzić do jamy brzusznéj, dla tego naciąłem je poprzecznie w jedném miejscu w szerokości 3cm. wypuściłem gazy i kału około $1\frac{1}{2}$ litra a zaszywszy ranę zwykłym sposobem odprowadziłem z łatwością opadnięte jelita do jamy brzusznéj. Odtąd stan chorego znacznie się poprawił; wymioty ustąpiły, stolce regularne, siły bardzo nadwątlone zaczęły przybywać. Zapomniałem uwydatnić, że otrzewna tak jelitowa jak i ścienna była już widocznie nastrzykaną a jelita w kilku miejscach z sobą posklejane. Rzecz naturalna, że wśród tych warunków rany w ścianie brzusznej goiły się *per secundam*, przyczém osobny szew na otrzewnę nakładany w tym przypadku wyświadczył mi po dwakroć znakomite usługi. Gdy to piszę, upłynęło 14 dni od powtórnéj laparotomii a pacyjent jest już na wygojeniu [1]).

38. Teodor Ludzański, lat 36, szewc ze Lwowa. Od lat dwóch cierpi i leczy się na dolegliwości żołądkowe objawiające się napadami co kilkanaście dni powracającemi a na nudnościach wymiotach, bólach i kurczach polegającemi. Gdy przez te dwa lata bądźto w różnych szpitalach, bądź prywatnie się leczył a przeważnie bezskutecznie, przeto zgodził się chętnie na proponowaną sobie operacyję, która miała na celu usunąć guz ruchomy wielkości małéj pięści między pępkiem a prawą przednią ością biodrową położony, miernie bolesny, a przez jednych za nerkę wędrującą, przez innych zaś za raka odźwiernika uważany. Dnia 28 sierpnia 1888 otworzyłem jamę brzuszną cięciem na 10cm. długiém na sam guz po prawéj stronie poprowadzoném a wydobywszy go przekonałem się, że utworzonym on jest przez kątnicę o ścianach bardzo zgrubiałych (*typhlitis chronica*) i śródjeliciu bardzo wydłużoném. Po lekkiém kilkorazowém wymięsieniu tego guza odprowadziłem go nazad do jamy brzusznéj, którą natychmiast zaszyłem. Jakkolwiek cała operacyja miała na celu jedynie rozpoznanie a dopiero w razie możności usunięcie guza, mimo to czuje się ten chory od tego czasu znacznie zdrowszym.

Tak więc przypada u mnie w 38 przypadkach dokonanych na 36 osobach 23 razy zejście śmiertelne a 15 razy zupełne wyleczenie, czyli że śmiertelność wynosi 60·5%. Odpowiada to mniéj lub więcéj statystyce zestawionéj przez

[1]) Przypadki od niniejszego numeru począwszy, nie były jeszcze uwzględnione w wykładzie na Zjeździe.

[1]) Rzecz osobliwsza, że badając chorego po wygojeniu znalazłem obydwa jądra w swojém miejscu, co sobie tylko w ten sposób wyjaśniam, że tutaj musiał być szczególniejszy przypadek jądra dodatkowego.

Schramma, gdzie śmiertelność ze wszystkich tam zebranych przypadków wynosi 64·2% a z przypadków wykonanych w czasach antiseptyki 58%. Między temi cyframi zachodzi tylko ta różnica, że moja daje z pewnością prawdziwy obraz działalności jednego zakładu i jednego operatora, z czego dalsze wnioski są zupełnie usprawiedliwione, podczas gdy tamte przypadki nie dają téj pewności, gdyż zebrane są z literatury, do któréj niejednokrotnie dostają się tylko przypadki dodatnie, tak że mój odsetek śmiertelności uważać należy stanowczo za postęp osiągnięty na téj drodze. A postęp ten zapowiada się na przyszłość jeszcze znaczniejszym, jak to bliższe rozpatrzenie się w moich przypadkach poucza. I tak, jeżeli sobie podzielimy te przypadki na dwie równe połowy po 19, to w pierwszéj połowie otrzymamy 13 przypadków śmierci czyli 67·8% a w drugiéj połowie już tylko 10 czyli 52·6%. A gdybyśmy w tém zestawieniu wyrzucili tych siedm przypadków rozpaczliwych, w których, że się tak wyrażę, tylko dla próby jeszcze wykonano laparotomiję, a w których na przyszłość nigdybym się o nią nie pokusił, to otrzymalibyśmy na 31 przypadków 16 razy śmierć, czyli 51%; podmiotowe zaś moje przekonanie mówi mi, że przy lepszym doborze i przy wzrastającéj wprawie technicznéj osiągnąć będziemy mogli odsetek znacznie poniżéj 50ciu, co w obec absolutnéj prawie śmiertelności tych przypadków za bardzo wielką poczytać należy korzyść.

Lepszy zaś dobór odbywać się może tylko na podstawie lepszego rozpoznawania a gdy ono oparte na samych symptomatach przynajmniéj w jednéj połowie przypadków, jak to moja statystyka poucza, nie sprawdza się, przeto nie pozostaje mi nic innego jak pozostać przy mojém przed kilkoma laty wypowiedzianém zdaniu, że należy zadowalać się ogólném rozpoznaniem niedrożności jelit a rozstrzygnięcie szczegółów należy pozostawić laparotomii próbnéj, która dopiero o dalszych postanowieniach i losach orzekać powinna. Ona bowiem jedynie pozwala nam na wczesne rozpatrzenie się w stosunkach i na zastósowanie odpowiedniego leczenia, t. j. doszczętnego usunięcia mechanicznéj przeszkody, założenia sztucznéj odbytnicy lub wreszcie odstąpienia od wszelkich usiłowań bezowocnych.

Rozpatrzmy się w moich przypadkach, czy one usprawiedliwiają to twierdzenie.

1. Ani razu nie zrobiłem laparotomii niepotrzebnie, nawet w ostatnim przypadku nie uważam jéj za zbyteczną, jakkolwiek była tam ona w całém tego słowa znaczeniu dyjagnostyczną, gdyż posłużyła jedynie do stwierdzenia choroby niedającéj się na pewno rozpoznać przez powłoki brzuszne. Ztąd też obawa, aby bez potrzeby nie otwierać jamy brzusznéj, jest przesadzoną.

2. Z drugiéj zaś strony tylko jeden przypadek zakończył się śmiercią w skutku saméj operacyi (Nr. 15) i to nie laparotomii lecz obok niéj wykonanéj resekcyi jelita; zkąd znowu wniosek słuszny, że nawet w ciężkich warunkach odbyta laparotomija nie jest tak niebezpieczną operacyją, naturalnie jeżeli się ją wykonywa z zachowaniem wszystkich przepisów antiseptyki a cóż dopiero mówić o laparotomii wykonanéj w warunkach dobrych, t. j. tam, gdzie otrzewna nie doznała jeszcze zadrażnienia. Najlepszym tego dowodem jest Nr. 38, gdzie chory przebył operacyję bez wszelkiego odczynu, jakby jaki drobny zabieg operacyjny na skórze ręki lub nogi, oraz tak rzadki zbieg okoliczności jak w Nrach 36 i 37, gdzie na jednym i tym samym chorym zmuszony byłem w przeciągu tygodnia dwa razy wykonać laparotomiję z różnych powodów a mimo to zabiegi te uwieńczone zostały dodatnim skutkiem.

3. We wszystkich przypadkach powyższych silono się na rozpoznanie dokładne, t. j. oznaczenie rodzaju zapory i miejsca, w którém ona się znajduje, a mimo to blisko w połowie tychże rozpoznanie to nie zgadzało się w jednym lub drugim punkcie, gdyśmy otworzyli jamę brzuszną. Jestem najsilniéj przekonanym, że z tych dziewięciu przypadków, po bardzo późno dokonanéj laparotomii śmiercią zakończonych, byłoby jeszcze kilka uratowanych, gdyby się było zamiast tracenia czasu nad rozpoznaniem w pierwszych 24 godzinach przystąpiło do laparotomii rozpoznawczéj a względnie i leczniczéj.

Broniąc mego twierdzenia muszę zarazem odpowiedzieć na zarzuty, które przeciw laparotomii w niedrożności jelit w ogóle a szczegółowo przeciw wcześnie wykonywanéj laparotomii podnosili i jeszcze podnoszą tak lekarze chorób wewnętrznych jako i nawet specyjaliści chirurdzy.

Już to pierwszym trzeba w zupełności przyznać, że nie rzadko udaje się i środkami wewnętrznie stósowanemi niedrożność usunąć. Według mego przekonania dozwoloném to być powinno tylko w przypadkach z przebiegiem łagodnym i powolnym, ale i tu nie należy prób robić zbyt długo, aby nie stracić najlepszego czasu do przedsięwzięcia operacyi. W ostrych przypadkach nie powinno się przekroczyć pierwszych 24 godzin w czekaniu, w chronicznych można pójść i nieco po za 48 godzin, chociaż wolałbym wcześniéj operować w drugich niż za późno w pierwszych. Co do chronicznych uczyniłbym jeszcze tę uwagę, że w przeważnéj ich liczbie poprzedzały już napady niedrożności, które albo ustąpiły same, albo też pod wpływem środków czyszczących. Długie kuszenie się o zniesienie tutaj niedrożności środkami wewnętrznemi nie ma więc wielkiéj racyi bytu, bo chociażby się to i tym razem udało, to głównéj przyczyny i tak nie usuwamy a nie wiemy, czy przy najbliższym napadzie nie nastąpią jakie komplikacyje, któreby wynik operacyi kompromitowały. Dlatego wolę raczéj wcześnie przystąpić do operacyi, niż cieszyć się problematycznym skutkiem środka czyszczącego i zgadzam się nawet z trochę paradoksalnie brzmiącém zdaniem Credégo, aby ciężkie chroniczne kolki brzuszne leczyć za pomocą laparotomii, gdyż one najczęściéj polegają na zmianach mechanicznych.

Nie wszystkie jednak środki wewnętrznie używane są znów tak obojętne, sprawiają one bowiem przekrwienie otrzewny i tém samém przyspieszają jéj zapalenie, które staje się następnie najgorszym czynnikiem psującym efekt laparotomii. Nie wiele lepiéj ma się rzecz z manipulacyjami mającemi na celu wypróżnienie jelit i kiszek, gdyż albo one nie prowadzą do celu, albo częstokroć sprowadzają chwilową ulgę, która może stać się przyczyną opóźnienia operacyi. Nadto przestrzedz muszę przed stosowaniem zanadto gwałtownych lawatyw, jak np. z proszków burzących lub z wody sodowéj; w jednym bowiem przypadku miałem sposobność postrzegania odmy podskórnéj, która wystąpiła bezpośrednio po zastósowaniu tego rodzaju lawatywy.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Z kliniki położniczo-ginekol. prof. Dra Madurowicza.

Przypadek dobrowolnego oderwania się macicy od pochwy podczas porodu z powodu zwężenia bliznowatego wejścia do pochwy. (*Sectio caesarea post mortem*).

Podał Dr. St. Braun,
I. Asystent tejże kliniki.

Z końcem lutego 1888 r. przywieziono do kliniki położniczéj Rywkę Wasserfalową z Brzeska, 26 lat liczącą, zamężną, która podaje zupełnie przytomnie, że regularność wystąpiła po raz pierwszy w 15 roku życia, występowała w przerwach 4ro tygodniowych, trwała 3 do 4 dni, była nieobfita, niebolesna, ostatni raz przed 9 miesiącami, rodziła raz przed 5 laty, poród się znacznie przedłużył, dziecko donoszone nieżywe wydobył lekarz kleszczami, połóg miał trwać długo, z powodu znaczniejszego owrzodzenia dolnéj połowy pochwy, obecnie znajduje się w ciąży, ruchy po raz pierwszy uczuła przed 5 miesiącami, a od 3 dni ich zupełnie nie czuje. Wody płodowe miały odejść przed wystąpieniem bolów przed 3 dniami, poczém w parę godzin wystąpiły bóle dosyć silne, które nagle ustały rano podczas jazdy koleją z Brzeska do Krakowa. Krwotoku z części rodnych w chwili ustania bólów, ani téż znacznego osłabienia nie zauważyła, owszem, czuła się o tyle lepiéj, że bóle ustały, a co dziwna, przywieziona do kliniki siedziała, nim kolej na nią przyszła, $^1/_2$ godziny na ławie spokojnie.

Tego samego dnia badanie wykazało osobę wzrostu średniego bez obrzęku koło kostek, odnogi dolne chłodne, twarz blado siną, rysy zaostrzone, ciepłotę ciała niepodniesioną, tętno drobne zaledwie doczuwalne, 140 uderzeń na minutę, oddech znacznie przyspieszony, powierzchowny. Brzuch znacznie wypuklony, więcéj po stronie lewéj niż prawéj, powłoki napięte, przy dotyku bolesne, w głębi wybadać można nad spojeniem łonowém ciało wychodzące z małéj miednicy, rozchodzące się na boki więcéj na lewo niż na prawo, sięgające górném odgraniczeniem do wysokości podżebrza, — po lewéj stronie zarysy tego ciała wyraźniéjsze, a brzeg sam twardszy aniżeli po stronie prawéj, odgłos wszędzie bębenkowy, w skutek znacznéj bębnicy brzusznéj, przysłuch dał wynik ujemny, płód zdaje się leżeć w położeniu czaszkowém pierwszém, wejście do pochwy z powodu blizny pierścieniowatéj tak znacznie zwężone, że zaledwie koniec palca małego przeprowadzić można i tuż za tym twardym chrząstkowatym $^1/_2$ cm. grubym pierścieniem wyczuwa się główkę dziecka twardą, ciemieniem małém pod spojenie łonowe zwróconą.

Za pomocą noża gałkowatego nacięto brzegi tego pierścienia głęboko w kilku miejscach, a w szczelinę powstałą mocno krwawiącą założono płatki gazy jodoformowéj, następnie założono kleszcze w wymiarze poprzecznym wychodu miednicy i z chwilą, kiedy po zamknięciu kleszczy wykonano dwa pociągnięcia temiż, nastąpił nagle tak znaczny zapad, że tętna zupełnie wyczuć nie można było.

Źrenice rozszerzyły się *ad maximum*, z ust i nosa zaczęła się wylewać w ogromnéj ilości ciecz płynna nie cuchnąca, do fusów podobna.

Po kilku głębokich westchnieniach, pomimo wstrzykniętych 6 strzykawek eteru nastąpiła śmierć. Po stwierdzeniu braku skurczu serca przystąpiono do cięcia cesarskiego po śmierci, a po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono obok znacznéj ilości krwi płynnéj i skrzepłéj tułów płodu płci męskiéj w jamie brzusznéj między jelitami jak w położeniu czaszkowém pierwszém ułożonego, donoszonego, bez śladów rozmiękczenia lub gnicia, nieżywego.

Wydobyto płód, podnosząc tułów do góry w całości, przyczém zauważono, że macica w poprzedniém sklepieniu od pochwy zupełnie była oderwaną, a połączoną z pochwą tylko wązkim płatkiem w tylném sklepieniu, brzegi rany pokryte wydzieliną starą zielonkowatą, mocno do ścian przylegającą. Po wydobyciu popłodu z jamy maciczněj zaszyto powłoki brzuszne.

Sekcyja na drugi dzień wykonana nic więcéj nie wykazała prócz tego, że wnętrze macicy było zajęte zapaleniem zakaźném i że oderwanie nastąpiło w przedniém sklepieniu w tém miejscu, gdzie się przyczepia przednia ściana pochwy do szyjki. Kolejność następstw w danym przypadku dałaby się w ten sposób wykazać. Z powodu przeciągania się porodu pierwszego, prawdopodobnie z osłabienia bolów porodowych, gdyż miednica była prawidłowa, wytworzyła się odleżyna pochwy, która doprowadziła do bliznowatego zwężenia wejścia do pochwy. Podczas drugiego porodu, który się rozpoczął z chwilą odpłynięcia wód płodowych, uległo szybkiemu rozszerzeniu ujście zewnętrzne macicy i główka prawdopodobnie już w pierwszym dniu przy trwaniu silnych bólów wstąpiła tak nizko do pochwy, jak wysoko znajdowało się bliznowate zwężenie. Ponieważ blizna była gruba, twarda, ztąd pomimo silnego napierania główki nie uległa tak znacznemu rozszerzeniu, żeby główka przejść mogła.

Przy silnych skurczach występowała z jamy macicy do szyjki coraz to większa część płodu, w skutek czego szyjka maciczna uległa znacznemu rozdęciu i wyciągnięciu, w końcu pęknięciu.

Przypadek ten wydaje mi się o tyle być rzadkim, że nastąpiło pęknięcie szyjki w przedniéj ścianie, co się częściéj zdarza w tylnéj ścianie lub z boku, że pęknięcie było poprzeczne, podczas gdy najczęstsze jest ukośne lub podłużne, że pękła na granicy przyczepienia się przedniéj ściany pochwy do macicy, i że chora tak długi czas wcale nie źle znosiła to pęknięcie. Że pęknięcie to nie nastąpiło po operacyi, zdaje mi się najlepszym dowodem jest nalot błonicowy brzegów rany, co przecież podczas operacyi w tak krótkim czasie w żaden sposób nastąpić nie mogło.

Chwile, kiedy ustały bóle, trzeba uważać za moment, kiedy pęknięcie nastąpiło, że zaś nie było znaczniejszego krwotoku, to najprawdopodobniéj to było przyczyną, że główka przypierała brzegi pęknięcia do spojenia łonowego, co powstanie nagłe zapadu po obniżeniu główki kleszczami może z prawdopodobieństwem potwierdzić.

Wczesne rozcięcie blizny i założenie kleszczy mogło w danym przypadku ratować matkę i dziecko.

IV. Badanie bystrości wzroku podczas zaćmienia słońca w Jarosławiu nad Wołgą.

Podał Dr. J. Talko.

Korzystając z zaćmienia słońca, kusiłem się o oznaczenie bystrości wzroku podczas trwania zaćmienia. Z poprzednich opisów całkowitego zaćmienia nie mogłem sobie wyjaśnić, o ile zmniejsza się przytém bystrość naszego wzroku. Podawano tylko, że podczas zupełnego zaćmienia słońca można było jeszcze czytać książkę, trzymając ją zbliska. Otóż dla doświadczenia — a które pierwszy zrobiłem — wybrałem młodego, intelligentnego, 19-letniego chłopca (starszego felczera R.), którego bystrość wzroku oznaczyłem poprzednio. Badanie uskuteczniłem za pomocą tablic prof. Jungego, z zachowaniem wszelkich odpowiednich przepisów. Bystrość wzroku u badanego osobnika = $^{50}/_{40}$, tj. że Nr. 50 jeszcze mógł swobodnie czytać w odległości 40 stóp.

O godz. 6 — w chwili rozpoczęcia zaćmienia V (bystrość wzroku) = $^{50}/_{40}$.
„ 6 i 15 m. V = $^{50}/_{40}$.
„ 6 i 30 m. V = $^{50}/_{40}$.
„ 6 i 40 m. V = $^{45}/_{40}$.
„ 6 i 45 m. V = $^{40}/_{40}$.
„ 6 i 50 m. V = $^{35}/_{40}$.
„ 6 i 55 m. V = $^{30}/_{40}$.
„ 6 i 57—59 m. (całkowite zaćmienie 2 minut) V = $^{20}/_{40}$.
„ 7 V = $^{30}/_{40}$.
„ 7 i $2^1/_2$ m. V = $^{40}/_{40}$.
„ 7 i 5 m. V = $^{50}/_{40}$.

Z tego wynika ten wniosek, że pomimo widocznego zmniejszenia się światła, przeszło $^1/_2$ godziny po rozpoczęciu 2-godzinnego zaćmienia (od godz. 6 do 8 i 1 m.) bystrość wzroku pozostała ta sama, tj. prawidłowa. Dopiero po 40 mi-

nutach poczęła się zmniejszać i w chwili całkowitego zaćmienia zmniejszyła się o 2 ½ razy. Z chwilą pokazania się pierwszych promieni słonecznych z po za czarnéj kuli księżyca, zakrytych jednak chmurami, bystrość wzroku znacznie się podniosła, powracając do stanu prawidłowego bardzo szybko, tak, że po 5 minutach stwierdzilismy widzenie liter już prawidłowe. W doświadczeniach tych pomagał mi kol. C. Truskolawski.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Strümpell: **O zaniku mięśni w przebiegu chorób stawów i o zanikowém porażeniu mięśni po przebytym gośćcu stawowym.**

Od dawna znaném jest, że w przebiegu długotrwałych chorób stawów rozwijają się zaniki mięśni około stawów. Dawniéj uważano wszystkie tego rodzaju zaniki za następstwa nieczynności tych mięśni. Przeciw temu zapatrywaniu przemawiają dwie okoliczności, po pierwsze, że nierzadko zanik tak szybko się rozwija, iż nie jest prawdopodobném, jakoby był następstwem nieczynności mięśnia, powtóre, że nierzadko także po porażeniach połowiczych cała jedna połowa ciała nie wykonywa najmniejszego ruchu przez długi czas, a do zaniku nie przychodzi. Musi więc być inna jakaś tego przyczyna, że zanik mięśni w przebiegu chorób stawów jest następstwem przejścia zapalnéj sprawy na nerwy i zwoje przednich rogów rdzenia pacierzowego. Tłumaczenie to jednak nie wydaje się prof. S. pewném i prawdziwém, (jakkolwiek nie zupełnie niemożliwém), gdyż przy tego rodzaju zaniku nie przychodzi wcale do zwyrodnienia, lecz do zwykłego zaniku bez zmian w pobudliwości elektrycznéj mięśnia. Należy zatém, zdaniem S., przypuścić udział samych mięśni w sprawie zapalnéj, toczącéj się w stawach. Ciekawy pod tym względem przypadek opisuje autor. Chora przyjęta najpierw z gośćcem stawu skokowego, następnie dopiero barkowego, łokciowego i kolanowego, która miała się po jakimś czasie dobrze, dostała nagle silnego bólu w stawie barkowym samym i mięśniach jego, szczególnie deltowym. Mimo ustania bólu w stawie ból w mięśniu się jeszcze utrzymywał. Z czasem uległ zanikowi. W dalszym ciągu uległy zanikowi mięśnie ramienia, szczególnie mięsień trójgłowy, potém kapturowy, piersiowy większy, pod i nadłopatkowy. Wszystkie ruchy bierne są możliwe, niebolesne; czynne calkiem zniesione. Odczynu zwyrodnienia elektrycznego nie można było żadnym razem wykazać. Czucie w miejscach zanikłych mięśni było prawidłowe. (*Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 13). *H. K.*

Chirurgija.

Scheier (Berlin): **O wynikach leczenia raka krtani.**

W obec różnych zdań istniejących w sprawie leczenia raka krtani, zasługuje na uwagę statystyczne zestawienie tego rodzaju przypadków S., prowadzone od r. 1880. Wchodzą w nie przypadki całéj literatury europejskiéj, między niemi i naszéj (Lubliński, Sokołowski, Multanowski). Razem zebrał ich 125; po zestawieniu statystyczném podzielił je na takie, 1) których nie operowano wcale, 2) w których tylko tracheotomiję wykonano, 3) w których zrobiono laryngotomiję i wyłuszczenie nowotworu z wewnątrz krtani, 4) w których wyłuszczono krtań częściowo i 5) w których całą krtań wycinano.. W 3cim, 4ym i 5 dziale uwydatnił nadto te przypadki, które się niepomyślnie skończyły w pierwszych 14 dniach po operacyi lub w 3—6 tygodni, które się dobrze skończyły ale po jakimś czasie powróciły, w których śmierć nastąpiła wprawdzie po operacyi ale z choroby wikłającéj i takie, w których wyleczenie jest pewne. Jako takie należy uważać te przypadki, w których przynajmniéj po 1 ½ roku nie przyszło do nawrotu raka.

Z pierwszéj tablicy S. wynika, że w 4ch przypadkach t. j. 3%, w których operacyi nie wykonano, śmierć nastąpiła średnio po 1 ½ roku. Tracheotomiję wykonano w 17 razach, t. j. 17%. Z przyczyny operacyi umarło 7, t. j. 41%. W przypadkach, w których laryngotomiję wykonano, a jest ich razem 9, t. j. 7%, umarło 3 w ciągu pierwszych 14 dni, reszta po dłuższym czasie, wyleczonych między nimi trzech. Częściowo resekowano krtań w 23 przypadkach, t. j. w 18 ½ %, między nimi jest 13 wyleczonych. Zabieg zatém ten daje daleko lepsze wyniki aniżeli przedostatni. Gorsze wyniki wykazuje także piąta tablica, na 68 przypadków umarło 18 krótko po operacyi, nawroty były częste, zupełnie wyleczonego przypadku nie ma. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 23). *H. K.*

Bartens: **Przesadzenie skóry z trupa.**

Paweł H., 14 lat liczący piwowarczyk, wpadł dnia 21 października zeszłego roku nogami do kotła wrzącego piwa i doznał znacznego głębokiego oparzenia skóry. Dnia 31 października przywieziono go do szpitala. Skóra na nogach z wyjątkiem podeszew i tylnéj strony palców wielkich, znacznie zniszczona, również skóra powyżéj kostek na 3 do 6cm. Rany znacznie ropiejące były bardzo bolesne. Przy leczeniu antiseptyczném nastąpiło zagojenie palców wielkich, nader rychło, również utworzyły się na brzegach wrzodów rozległych blizny prawidłowe, dalsze zagojenie jednak nienastąpiło. Przesadzenie skóry okazało się niezbędném. Chory będąc niestety znacznie wycieńczonym nie mógł z własnéj skóry braku jéj wynagrodzić. Dnia 13go grudnia umarła 75-letnia kobieta umysłowo chora na ropnicę, w skutek niezwykłego złamania. Dr. Bartens i Dr. Werner zdjęli w 20 minut po śmierci dwa duże płaty skóry z podudzia a wymoczywszy je w ciepłéj nieco słonéj wodzie zanieśli takowe do izby kilkaset kroków odległéj. Oczyściwszy skórę zupełnie z tłuszczu pokrajano ją na kawałeczki 1cm. szerokości i 1—2cm. długości i obłożono niemi dokładnie rany poprzednio oczyszczone. Posypano rany jodoformem i obłożono watą karbolową. Operacyja trwała w całości 1 ½ godziny licząc od śmierci osoby, z któréj skórę wzięto. Na każdą nogę weszło po 14 kawałeczków skóry. Dnia 19go grudnia odjęto opatrunek i przekonano się, że na każdéj nodze po 12 kawałeczków przykleiło się dokładnie, dwa tylko znaleziono na wacie, u których brzegi były ciemnoszaro zabarwione. Oczyszczono rany rozczynem nadmanganezianu potasowego i opatrzono je antiseptycznie. Dziesiątego dnia po przesadzeniu skóry wszystkie 24 kawałeczki przyrosły zupełnie, dając po obmyciu zupełnie zdrowe wejrzenie skórze a na brzegach okazało się już ziarnienie. Przy kłuciu skóry igłą wśród badania okazywał chory na miejscach skóry przesadzonéj dokładne czucie. Zabliźnienie ran nastąpiło, w krótkim czasie nad kostkami, pozostały jednak rany wielkości 50 fenigów do marki, które nie chciały się zagoić. Na tych miejscach przesadzono z ramienia chorego i z dwóch trupów kawałki skór, lecz nie można się było doczekać zagojenia. Dopiero po wyskrobaniu ostrą łyżką, kauteryzacyi i mięsieniu zagoiły się wrzody zupełnie tak, że chory 14 czerwca br. jako zupełnie zdrowy z szpitala wydalony został. Nowo powstałe blizny były tak podatne, że chory mógł chodzić a nawet biegać bez wszelkiéj przeszkody. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 32). *Dr. Karol Reiss.*

(*P....i*). Dr. Guermouprez z Lille miał na posiedzeniu Akademii lekarskiéj paryskiéj d. 28 sierpnia br. odczyt o **przyszywaniu nerki** (*nephrorraphie*) **ruc oméj.** Uważa przyszycie nerki ruchoméj za lepsze niż wycięcie pod warunkiem, że się przyszyje razem i nerkę i torebkę, jak to zrobił pierwszy Dr. Duret. Przez to otrzymuje się więzadło prawdziwe, stałe, jednolite, szerokie, tęgie, grube, o doskonałéj ciągłości tkaniny, a recydywa wydaje się prawie niemożebną. Rodzaj nici używanéj do przyszycia odgrywa bardzo ważną rolę. Katgut zanadto prędko ulega wessaniu, osobliwie jeżeli jest świeżo zrobiony lub jeżeli moknął długo w rozczynie wodnym, jest nitką niepewną, puszcza nerkę zanim więzadło miało czas się ustalić i sprowadza recydywę. Jedwab antiseptyczny musi być wydalony z ciała, chociaż bardzo powoli. Włósie florenckie uważa za najlepsze, ponieważ nie ulega nigdy wessaniu, otarbia się, a ustrój lepiéj je znosi niż jedwab.

Mnogość i ważność ran miąższu nerki po doświadczeniach zrobionych przez chirurgów wojskowych nie powinna odstraszać od tego rękoczynu.

Dr. Guermouprez dochodzi do następujących wniosków:

1) Wycięcie nerki nie jest jedynym środkiem przeciw nerce ruchoméj bolesnéj.

2) Przyszycie nerki sposobem niemieckim jest niedostatecznêm.

3) Operacyja ta wykonana sposobem francuskim (przyszycie jednoczesne nerki i jéj torebki, użycie jedwabiu lub włosia florenckiego) może sprowadzić wyleczenie zupełne, jeżeli bóle wyłącznie pochodziły od zmiany położenia nerki. (*La semaine médicale* 1888, 35).

(*P....i*) Dr. W. Hoffmann zaleca następujące leczenie **wrastającego paznogcia**: Palec i ranę oczyszcza się jak najdokładniéj i desinfekcyjonuje rozczynem sublimatu; na miejsce chore wpuszcza kilka kropel *Liq. ferri sesquichlorati* a paznogieć nieco podnosi i zostawia do zaschnięcia. To samo powtarza się drugiego i trzeciego dnia. Po kilku dniach a w razie ropienia wcześniéj oddala się pincetą stwardniały strup z granulacyj i zapuszcza znów rozczynem żelaza. Po 3 lub 4 dniach znów się strup odrywa i powtarza dotąd dopóki wybujałość się nie wyrówna. Od półtorachlorku żelaza staje się paznogieć kruchym i miękkim i daje się bez bólu nożyczkami lub nożem ostrożnie wyciąć. Celem uniknienia recydyw trzeba przy nadrastającym paznogciu pod jego brzeg podkładać cienkie kawałeczki korka. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 32).

Choroby nerwowe.

Prof. Nothnagel (Wiedeń): **Dwa rzadsze przypadki z dziedziny chorób nerwowych.**

1. Przypadek nagłego oślepnięcia dotyczył 46-letniego krawca, przedtém zawsze zdrowego, który przy zupełnie utrzymanéj przytomności nagle zaniewidział. Wewnętrzne narządy, jako téż i narząd wzroku (oko samo, dno jego i środki łamiące) były zupełnie prawidłowe. Ruchy oka są swobodne, oddziaływanie źrenic prawie prawidłowe, nadto okazywał chory wybitną *hemianopsia superior*, siedziba zatém choroby musi być w mózgu. O wielkości przedmiotów nie ma należytego wyobrażenia. W literaturze znalazł prof. N. tylko trzy tego rodzaju przypadki, jeden Mauthnera, dwa Schweiggera. Mauthner przypuszczał w swoim przypadku guz uciskający na nerwy wzrokowe w miejscu skrzyżowania się ich, co N. w swoim przypadku wyklucza i przypuszcza na podstawie najnowszych doświadczeń w nauce o umiejscowieniu czynności w mózgu, siedzibę téj zmiany w korze mózgowéj, a to w płacie potylicznym; trudność w wytłumaczeniu tego przypadku stanowi tylko to, że hemianopsyja nie jest jednoboczną lecz obustronną, że zatém w obydwu połowach mózgu musiały te same zmiany powstać. Podobny przypadek obustronnéj hemianopsyi widział już raz prof. N. u chorego w klinice, dotkniętego rozedmą płuc, który jednego dnia rano nagle oślepł, w nocy tego samego dnia umarł, a sekcyja wykazała ogniska rozmiękczające w obu płatach potylicznych mózgu. Przypadek powyższy, jeżeli się po śmierci chorego sprawdzi, będzie cennym dodatkiem do wiekopomnych doświadczeń Munka nad nauką o umiejscowieniu czynności w mózgu.

2. Przypadek zranienia czaszki dotyczył 18-letniéj dziewczyny, która została uderzoną pałaszem w głowę, przytomności ani mowy nie straciła, ale wrótce potém wystąpiło porażenie ręki i nogi prawéj. Porażenie to po kilku dniach zupełnie ustąpiło, a po 14 dniach rozpoczęły się w tych samych odnogach kurcze, nieregularnie codziennie występujące i kilka minut trwające. W tym przypadku należy myśleć o wyrośli kostnéj, jeszcze rosnącéj, drażniącéj korę mózgową. (*Wiener med. Blätter* 1888, Nr. 20). *H. K.*

Prof. Leyden: **O zapaleniu nerwów obwodowych** (*neuritis multiplex*).

Z naciskiem podnosi obecnie prof. L., że w mocy utrzymuje daléj zdanie wypowiedziane dawniéj, że do zapalenia nerwów obwodowych należy zaliczyć *poliomyelitis anterior acuta* i *subacuta* u starszych. W ślad za tém twierdzeniem idzie lepsze rokowanie w tych chorobach, przy stosowném bowiem zachowaniu się i leczeniu można sprawę chorobową powstrzymać, nerwy obwodowe zapalone mogą się zupełnie odnowić, regenerować. Gorsze jest rokowanie, jeśli sprawa w nerwach się tocząca nie jest zapalną lecz sprawą zwyrodnienia. Uważając zatém zapalenie wielu nerwów za zbiór różnych chorób różniących się tylko w szczegółach, ale należących do siebie, rozróżnia prof. L. następujące postacie chorobowe:

1. Postać zapalna, tu należą: porażenia pobłonicowe, po durze brzusznym, i innych chorobach zakaźnych, pierwotne zakaźne zapalenie nerwów, tj. Beri-Beri, i zapalenie nerwów po kile lub wśród gruźlicy.

2. Toksyczna postać po arszeniku, olowiu, fosforze, tlenku węgla, siarczku węgla, sporyszu, rtęci i wyskoku.

3. Samoistne zapalenie wielu nerwów, n. p. z nadmiernéj pracy.

4. Postać zanikowa z chery lub dyskrazyi, niedokrewności złośliwéj, wycieńczenia, blednicy i gruźlicy.

5. Zapalenie nerwów czuciowych, n. p. przy uwiądzie rdzenia lub wrzekomym uwiądzie rdzenia (*pseudotabes*).

Przyczyną tego rozsianego zapalenia nerwów są zapewne nie tyle drobne ustroje, których dotychczas nie znamy, ile raczéj ich wytwory trujące (ptomainy). Ostre wstępujące porażenie (Kussmaul-Landry), zdaje się téż że stoi w związku z tą sprawą chorobową, a kto wie, czy bóle rozsiane, zapowiadające zazwyczaj uwiąd rdzenia, nie są także pierwotną sprawą zapalną w nerwach przechodzącą na rdzeń. (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift* 1888). *H. K.*

Patologija.

Sprawozdanie komisyi londyńskiéj o obrzęku śluzakowym.

Komisyja wybrana jeszcze przed 4 laty w celu wydania orzeczenia o niedokładnie znaném cierpieniu, uchodzącém pod nazwą *myxoedema* albo *cachexia strumipriva* (Charcot), ukończyła dopiero tego roku swoje prace; wyniki, do jakich doszła, są następujące: Obrzęk śluzakowy stanowi dla siebie odrębną chorobę, występuje częściéj u kobiet aniżeli u mężczyzn. Cechą jego jest zniszczenie gruczołu tarczykowego, zazwyczaj przez bujanie w nim nadmierne tkanki łącznéj. Podczas gdy jesteśmy w stanie wytłumaczyć równoczesny nadmierny rozwój tkanki tłuszczowéj podskórnéj, zmianę w skórze, utratę włosów i zębów, nie możemy znaleźć przyczyny dla zmian w mowie, ruchach, czuciu, i inteligencyi, mimo że stanowią najważniejsze cechy tego cierpienia. Chemiczne poszukiwania nie mogły wykazać zwiększonéj ilości mucyny w tkankach. Obrzmienie skóry, charakterystyczne w téj chorobie, ulega różnym zmianom, i może przed śmiercią zupełnie zniknąć. Wycięcie gruczołu tarczykowego u zwierząt, przedewszystkiem małp, sprowadziło obraz choroby przypominający obrzęk śluzakowy. Zniszczenie tchawicy lub nerwów sąsiednich nie nastąpiło przytém nigdy. Chera z braku wola może wystąpić po usunięciu wola nawet u tych osób, które nigdy nie żyły w okolicach, gdzie kretynizm jest częsty. Myxoedema dorosłych osób a sporadyczny kretynizm dzieci należy uważać za jednę albo przynajmniéj za bardzo do siebie zbliżone choroby, które mają przyczynę w zniszczeniu gruczołu tarczykowego: przyczyny tego ostatniego zjawiska nie znamy. (*Wiener med. Woch.* 1888 Nr. 35). *H. K.*

Bakteryjologija.

Ali Cohen: **O zakażeniu durowém za pośrednictwem mleka.**

W początkach r. 1888 zdarzyły się w Gronindze w ciągu 3 miesięcy 73 przypadki duru brzusznego, a odnośne poszukiwania wykazały, że w przypadkach tych używano przeważnie mleka z jednéj i téj saméj mleczarni, w któréj przed 3 miesiącami wśród osób zatrudnionych wydarzyły się były 4 przypadki duru. Woda w mleczarni téj czerpaną była ze studni w najbliższéj okolicy wychodka umieszczonéj. Badanie bakteryjologiczne wykazało ślady kwasu azotowego, kwas siarkowy i chlorki, oraz znaczne zanieczyszczenie (126·000 okazów na 1 litr) rozmaitemi rodzajami grzybków. Prątków durowych jednak nie znaleziono. Autor wnosi z epidemicznego rozszerzenia się i pochodzenia o zakażeniu wszystkich chorych za pośrednictwem zakażonéj wody a względnie mleka. (*Ctbl. f. klin. Med.* 1888, Nr. 18). *Dr. Karliński.*

Wolffowitz: **Studyja doświadczalne nad prątkiem durowym.**

Autor badał w dwóch przypadkach duru brzusznego śledzionę osób zmarłych, czy zawierała prątki durowe, których

obecność na podstawie dotychczas znanych cech dla prątka tego stwierdził. Hodowle prątka tego na płytkach z ziemniaków zmięszane z rozczynem soli wstrzykiwał za pomocą strzykawki Kocha królikom do żyły szyjnéj zewnętrznéj, świnkom morskim do jelita po poprzedniéj laparotomii. W ogóle użył do doświadczeń 10 królików, 5 myszy i 2 świnki morskie. Rezultaty doświadczeń nie mogły potwierdzić wyników Fraenkla i Simondsa, w których z 32 królików 19 w ciągu dni 4 zdechło. W doświadczeniach Wolffowitza nie przedstawiały zwierzęta te w ciągu pierwszego tygodnia żadnych zmian chorobowych, a po upływie kilku następnych tygodni zabite również ich nie przedstawiały, jak również nie zdołał on drogą hodowli w zdrowych zresztą narządach ciała zwierząt tych prątków durowych wykazać. Zastanawiając się nad przyczyną niezgodności wyników tych z wynikami przypuszczalnemi Fraenkla i Simondsa, sądzi autor, że przyczyną śmierci zwierząt w doświadczeniach owych mogła być istota trująca, wytworzona przez te prątki, na wytworzenie któréj, jak również na siłę trującą rozliczne, bliżéj jeszcze niezbadane przyczyny wpływać mogą. (*Ziegler und Nauwerck Beitraege zur path. Anat.* II, 2). *Dr. Karliński.*

Medycyna sądowa.

A. Paltauf: **Przyczynek do otrucia fosforowego.**

P. przytacza naprzód przypadek otrucia się dziewczyny 19-letniéj odwarem z 10 paczek zapałek; śmierć po upływie 9 godzin; wynik sekcyi całkiem ujemny; badanie drobnowidowe mięśnia sercowego i przyrządów gruczołowych wykazuje tylko zwyrodnienie ziarniste; badanie chemiczne treści jelit grubych za pomocą destylacyi wykazało obecność fosforu. Poszukiwanie w moczu kw. mlekowego pozostało bez skutku; kwas ten w ogóle wykazać się tylko daje wtedy, jeżeli bieg choroby był powolniejszy. W kale mógł wykazać fosfor niezmieniony jeszcze po trzech miesiącach, kw. fosforowy jeszcze po 6 i 10 miesiącach. Dla tego nie wypada zaniechać badania nawet w razie, jeżeli trup już przez kilka miesięcy był pochowany.

Drugi przypadek przez P. przytoczony służy do zwrócenia uwagi na odmienny czasem przebieg choroby, połączonéj z napadami szału. Śmierć po upływie 2 dni; wynik sekcyi niepewny; badanie chemiczne wykazuje fosfor.

Przypadek trzeci, w którym śmierć nastąpiła po upływie dni 4 a sekcyja wykazała otrucie fosforem, przedstawiał zmianę w nerkach taką samą, jaką znaleziono w przypadku 2im, a mianowicie piramidy nieco ciemniejsze aniżeli kora, okazują liczne biało-żółte prążki, zbiegające się ku brodawkom, a więc przedstawiające obraz podobny do zawału kw. moczowego u dzieci. Są to kanaliki moczowe, napełnione bryłkami cylindrycznemi, mocno lśniącemi, które po dodaniu słabego kwasu rozpuszczają się, przyczém nie rozwija się gaz. Po ich rozpuszczeniu znajduje się w kanalikach moczowych prócz istoty krystalicznéj treść drobno- i grubo-ziarnista z domieszką większych kropli tłuszczowych. W treści téj żółtéj wyciśniętéj z brodawki, można z łatwością wykazać kw. fosforowy. Owe prążki w piramidach są więc zawałami fosforowemi. Prawdopodobnie zdarzają się one częściéj, lecz nie zwracało się na nie uwagi. (*W. klin. Woch.* 1888, Nr. 25). *L. B.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

W jakim kierunku możebnym jest postęp w naszych urządzeniach sanitarnych do stłumienia chorób zakaźnych zmierzających?

Rzecz wyłożona w Sekcyi medycyny publicznéj V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1888 roku.

Przez
Dra Bolesława Serkowskiego,
lekarza powiatowego w Stryju.

Każdemu z nas wiadomo, że w ostatnich dwóch dziesiątkach lat pojęcia o istocie chorób zaraźliwych znakomitemu uległy przeobrażeniu, a zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych przyrannych doszło do wysokiego stopnia doskonałości. Nazwiska Listera i Kocha stanowią epokę czyli punkt zwrotny, od którego inaczéj odtąd na istotę chorób zaraźliwych się zapatrujemy i inaczéj staramy się im zabobiegać, niż to dotychczas się działo. Jeżeli jednak zastanowimy się nad wpływem, jaki nowsza bakteryjologija wywarła na poszczególne działy nauki i sztuki lekarskiéj, to przekonamy się, że wpływ ten nie był jednakowym. Najdzielniejszym i że tak powiem praktycznym był wpływ ten na chirurgię i pokrewną jéj ginekologię operacyjną. Mistrze chirurgii nie pytając się początkowo, jakie grzybki wywołują tę lub ową chorobę przyranną, poczęli praktycznie stósować takie opatrunki i takie środki antiseptyczne, które rozwój wszelkich grzybków chorobotwórczych w ranach powstrzymują i w ten sposób znakomite osiągnęli wyniki, zanim teoryja następnie pouczyła ich, jakie grzybki wywołują różę przyranną, jakie dyfteryję, gorączkę połogową i t. d. W chirurgii zatém antiseptyka rozkwitnęła się przed bakteryjologiją. W medycynie wewnętrznéj przeciwnie, bakteryjologowie przedłożyli nam teoryję chorób zakaźnych i niektórych miazmatycznych, pokazali nam naocznie grzybki, które są podstawą duru powrotnego, gruźlicy, cholery, zapalenia płuc, ale nie nauczyli nas ani jak powstawaniu ich zapobiegać, ani jak powstałe już leczyć.

Jeźli się nadto zapytamy, czy nowsza bakteryjologija wywarła wpływ odpowiedni swéj ważności na medycynę publiczną, a mianowicie na tę jéj gałąź, która się zajmuje zarządzeniami zmierzającemi do stłumienia chorób nagminnych, czyli na policyję lekarską, musimy przyznać, że wpływ ten na tę gałąź medycyny dotychczas jest bardzo słabym, a mógłby być daleko silniejszym, gdyby wykonano wszystko to, czego nowsza nauka wymaga, czyli gdyby władza wykonawcza sanitarna nie była jakimś cieniem władzy, lecz istniała w całéj pełni.

Zadaniem obecnéj medycyny publicznéj jest uczynić to dla przytłumienia chorób nagminnych, co czyni chirurg dla zapobiegania rozwojowi chorób zakaźnych przyrannych. Zadanie to jest o tyle trudniejsze, o ile większą jest powierzchnia skóry i błon śluzowych, czyli powierzchnia całego organizmu zewnętrznego i wewnętrznego na zarażenie wystawionego od powierzchni rany, tém trudniejsze, iż błony śluzowe narządów oddychania i trawienia są dla wszelkich opatrunków nieprzystępne. Skoro nie można zamknąć dróg dla dostania się zarazków do ustrojów ludzkich, trzeba przynajmniéj nie dopuszczać styczności zdrowych z chorymi, tudzież rozwijające się pierwiastki zaraźliwe u osób nagminnie chorych ciągle tępić, osoby te, ich odzież i przedmioty otaczające uczynić aseptycznemi. Zadanie to na pozór tak proste, od dawna zresztą znane, w praktyce, zwłaszcza wiejskiéj, napotyka na niepokonalne trudności. Jeżeli sobie uprzytomnimy, że w naszych chatach wiejskich po największéj części jest tylko jedna izba, w któréj cała liczna rodzina a częstokroć i komornicy i zwierzęta domowe się mieszczą, że do téj chaty mimo wszelkich zakazów, sąsiadki, krewni, kumoski i dzieci a często i obcy przychodzą, to pojmiemy, że o absolutném odosobnieniu chorego wieśniaka na wsi mowy być nie może. Dla tego wysokie Ministerstwo spraw wewnętrznych niedawno wydało rozporządzenie z d. 28 lutego 1888 L. 3116, ogłoszone rozporządzeniem W. c. k. Namiestnictwa z dnia 8 marca 1888, l. 13800, które poleca umieszczać chorych zakaźnych bądź w szpitalu epidemicznym gminnym, bądź

w szpitalu z potrzeby (*Nothspital*), a dopiero gdyby brak było odpowiedniego lokalu, wówczas należy chorych w ich mieszkaniach odosobnić, zakazać obcowania z chorymi i domownikami, zakazać przenosić chorych do innych domów itd. Rozporządzenie bardzo słuszne, racyjonalne, mimo to w naszéj praktyce trudne do przeprowadzenia.

Przedewszystkiem o urządzeniu szpitali epidemicznych (wyjąwszy wielkie miasta) lub t. zw. szpitalów z potrzeby w naszych gminach ani marzyć nie można, w żadnéj gminie bowiem nie ma odpowiedniego lokalu, a gdyby wreszcie areszt gminny lub jakie opuszczone domostwo się znalazło, to nie znajdzie się dozorców, którzyby umieszczonych tam chorych pielęgnowali, jeść im gotowali, ani nie znajdzie się środków pożywienia dla tych chorych, a wreszcie brak będzie i dobréj woli, gdyż najprzód jest zakorzeniony wstręt u ludu do wszelkich szpitali, powtóre nikt nie zechce w zaimprowizowanym szpitalu np. chore dzieci umieścić, nie mając zapewnienia, że znajdą tam odpowiednie pielęgnowanie, zwłaszcza, że i lekarz rządowy tam tylko raz na tydzień pojawiłby się mógł. Jeżeliby się zaś chorych tamże *ex officio*, a więc w razie oporu nawet przemocą, umieszczać miało, to taki szpital musiałby już być porządnym zakładem, musiałby już mieć odpowiedni personal lekarski, dozorców, urządzenie, kuchnię. Pominąwszy więc szpitale, odosobnienie i w domach prywatnych jest trudne do przeprowadzenia; jeżeli np. mąż i żona zachorują na ospę lub dur, dzieci jeszcze małe nie mogą pielęgnować rodziców, wtedy z konieczności sąsiadka lub krewna musi się nimi zaopiekować, która tém samém naraża siebie, swą rodzinę i całą gminę na rozwleczenie zarazy.

Oprócz tego, jeżeli się wyda suchy zakaz obcowania z choremi, a nikt wykonania jego nie pilnuje (a któż ma go pilnować?), to zakaz ten pozostaje martwym; dla tego też bardzo często zdarzało mi się widzieć, że do chat dotkniętych durem lub ospą dzieci z sąsiednich chat, a nawet osoby dorosłe, krewni i t. d., mimo zakazu w odwiedziny przychodziły. Przeciwnie znowu zdarzały się i takie przypadki, że w chacie wszystkie osoby leżały obłożnie chore, a w chacie nie było nikogo, ktoby im łyżkę wody podał, gdyż od chat tych jako zapowietrzonych uciekano, chorych takich musiałem kazać przewieźć do szpitala stryjskiego parę mil odległego, aby z braku wszelkiéj opieki nie zginęli. (Dok. nast.)

Zjazd odbyty w Paryżu celem badania gruźlicy od 25-go do 31-go lipca b. r.

Niedowierzanie, które wywołał przed kilku miesiącami wniosek Verneuilla, aby na osobnym międzynarodowym zjeździe zbadać istotę, sposób rozszerzania się gruźlicy i jéj wpływ na ustrój, okazało się z otwarciem Zjazdu zupełnie nieuzasadnioném. Wskazuje już to liczba uczestników, w pośród których niemal wszystkie kraje i wszystkie gałęzie nauki naszéj (lekarze, chirurdzy, bakteryjologowie, weterynarze), miały swych reprezentantów.

Prezesem Zjazdu wybrany został Chauveau, który przy zagajeniu Zjazdu dnia 25 lipca szeroki rzucił pogląd historyczny na rozwój i stan obecny nauki o gruźlicy. Już Morgagni uważał gruźlicę za chorobę zakaźną, jednakże nauki jego poszły w zapomnienie i uważano chorobę tę za objaw lichéj budowy ustroju. Dokładniejszą znajomość jadu gruźlicy zawdzięcza nauka pracom badaczy francuskich (Pasteur, Villemin itd.) i szkoły niemieckiéj Kocha. Jako wstęp do prac Zjazdu odczytali pp. Cornil i Nocard na pierwszém publiczném posiedzeniu dwie prace, których krótką treść podajemy:

Cornil: O zaraźliwości gruźlicy przez błony śluzowe. Autor opiera się na doświadczeniach swego ucznia Debrowkouskiego, aby dowieść, że prątki gruźlicze mogą dostać się nawet przez zupełnie nienaruszoną błonę śluzową i zakazić ustrój. Wprowadzano świnkom morskim do kiszek (per os) lub do pochwy ostrożnie, aby nie uszkodzić błony śluzowéj, kilka kropel czystéj hodowli prątków Kocha, i zabijano zwierzęta w różnych okresach czasu. W jelicie znajdował autor w 15tym dniu przy zupełném zachowaniu przybłonka obrzmiałe gruczoły odosobnione i rozprószone gruzełki. Z pochwy łatwo przychodziło do zakażenia macicy.

Nocard: O niebezpieczeństwach, na które naraża spożywanie mięsa i mleka pochodzącego ze zwierząt gruźliczych. Środki do usuwania tych niebezpieczeństw. Mleko jest tylko wtedy zaraźliwe, jeżeli gruźlica zajęła wymię krowy; atoli trudności rozpoznawcze tych przypadków nakładają na nas obowiązek usuwania mleka pochodzącego od krów gruźliczych, u których wymiona nie przedstawiają nic chorobowego i gotowania mleka, szczególnie po wielkich miastach. Nadto możnaby je zastąpić mlekiem kozy, która jest wolną od gruźlicy. Co do mięsa, to liczne doświadczenia istnieją, z których wynika, że jad gruźliczy nie krąży we krwi ani w soku mięsnym. Sok mięśniowy z 21 krów dotkniętych perlicą, który N. wstrzykiwał 40 świnkom morskim, nie był w stanie wywołać u nich gruźlicy. Z ośmiu kotów (zwierzęta te są bardzo przystępne gruźlicy) karmionych mięsem z krów gruźliczych, jeden tylko zachorował. Z tego N. wnosi, że spożywanie mięsa pochodzącego z zwierząt dotkniętych gruźlicą jest tylko wyjątkowo i to w małym stopniu niebezpieczne. Nad kwestyją poruszoną przez Nocarda wywiązała się żywa dyskusyja, która zajęła trzy posiedzenia. Z licznych przemówień na uwagę zasługują wywody Arloinga (z Lyonu), który radzi porzucić mleko krów nawet w lekkim stopniu chorobą dotkniętych, i przytacza doświadczenia, że i mięso z bydląt perliczych przedstawia niemałe niebezpieczeństwo przenoszenia gruźlicy. Dobre wyglądanie bydlęcia nie uspakaja wcale, gdyż tłuste mięso jest tem niebezpieczniejsze, że spożywa się go często niedogotowane. Do zdania A. przyłączają się Bang z Kopenhagi, Baillet z Bordeaux i inni, z których każdy przytacza nowe spostrzeżenia, mające wykazać, że spożywanie mięsa i mleka z bydląt dotkniętych perlicą naraża na nabycie gruźlicy, i radzą, aby nie oglądając się na względy materyjalne zwierzęta takie usuwać. Moulé zwraca uwagę na gruźlicę drobiu. (C. d. n.).

○ Na zasadzie wyników badań co do wpływu pod względem technicznym i higijenicznym ważnych gazów i par uważa Lehmann (*Archiv f. Hygiene* VII) próby desinfekcyi ludzi podczas epidemii parami chloru i bromu za chybione.

○ Ministerstwo handlu wydało polecenie urzędom pocztowym, aby czuwały, iżby z zagranicy nie nadsełano do Austryi pod fałszywą nazwą np. próbek w opaskach pocztowych lekarskich preparatów. Sprowadzanie preparatów lekarskich jest dozwolone, z wyjątkiem aptekarzy, jedynie za osobném pozwoleniem władz politycznych. Urzędy pocztowe winny takie przesyłki, jak w ogóle przesyłki leków z zagranicy, podawać przepisanemu postępowaniu cłowemu.

○ W różnych miastach Włoch, zwłaszcza w Medyjolanie, wybuchły groźniejsze epidemije ospy, z tego powodu władze lekarskie wniosły, aby i we Włoszech zaprowadzić przymusową rewakcynacyję.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19 — 25 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,6. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z duru 0 (1 z. t.); z błonicy 3 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku błonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 12 — 18 sierpnia umarło z ospy: w Opawie 1, w Pradze 4, w Tryjeście 2, w Brukseli 1. Z odry umarło: w Hamburgu 10, w Paryżu 24, w Londynie i Petersburgu po 33. Z płonicy umarło: w Czerniowcach 3, we Lwowie 2, w Londynie 17. w Petersburgu 10. Z duru umarło we Lwowie, Przemyślu, Tarnopolu i Czerniowcach po 1, w Wiedniu 2. Z czerwonki umarło: we Lwowie 4, w Drohobyczu i Kołomyi po 1. Z krztuśca umarło: w Czerniowcach 2, w Stanisławowie, Lwowie i Wiedniu po 1, w Londynie 20. Z błonicy umarło: w Brodach 2, w Drohobyczu 1, w Pradze 2, w Wie-

dniu 3, w Berlinie 12, we Wrocławiu 8, w Paryżu 24, w Londynie 16, w Petersburgu 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,3; we Lwowie 31,0; w Brodach 32,9; w Drohobyczu 54,3; w Kołomyi 33,5; w Przemyślu 40,3; w Stanisławowie 29,7; w Tarnopolu 39,2; w Tarnowie 32,3; w Czerniowcach 34,4; w Warszawie 25,7; w Poznaniu 26,1; w Wiedniu 24,3; w Salcburgu 38,4; w Gracu 24,6; w Tryjeście 26,1; w Insbruku 16,2; w Pradze 33,1; w Bernie 34,3; w Ołomuńcu 15,3; w Opawie 37,2; w Berlinie 23,1; we Wrocławiu 28,4; w Gdańsku 29,1; w Dreźnie 27,7; w Hamburgu 17,7; w Królewcu 29,9; w Lipsku 16,3; w Mnichowie 34,9; w Strasburgu 21,1; w Am-sterdamie 15,9; w Brukseli 25,0; w Budapeszcie 29,0; w Chrystyjanii 14,2; w Kopenhadze 18,7; w Londynie 16,2; w Odesie 30,9; w Paryżu 20,0; w Petersburgu 29,0; w Rzymie 27,8; w Stokholmie 20,4; w Wenecyi 16,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 4-go października. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa Lek. krak. przedstawił prof. Obaliński chorego, u którego wykonał laparotomiję dwa razy w przeciągu dni 8miu. Tenże okazał odźwiernik zajęty pierścieniowatym nowotworem rakowym, wycięty kobiecie obecnie będącéj na wyzdrowieniu; okazał kłąb pozrastanych jelit wycięty choréj, u któréj wykonano dawniéj częściowe wycięcie jelita; wreszcie okazał kamień, wielkości orzecha tureckiego, wydobyty z poza migdałka drogą operacyi. W końcu opisał doc. Pieniążek ciekawy przypadek, w którym operował sam, a późniéj wspólnie z prof. Rydygierem.

* Podręcznik Dra Wiczkowskiego o badaniu moczu drukuje się już i wyjdzie niezadługo nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

* Niebawem ogłosimy szereg artykułów o postępowaniu Thure-Brandta, pióra docenta Jordana, bawiącego obecnie w Stokholmie.

* Patryjota czeski, architekt Hlavka, ofiarował sumę 200,000 złr. na założenie Akademii Umiejętności w Pradze czeskiéj. Sejm śród oklasków przyjął wspaniały dar, a zadaniem Wydziału krajowego będzie postarać się o urzeczywistnienie zamiaru ofiarodawcy.

○ Najwyższa Rada zdrowia ma otrzymać własne bióro i biblijotekę, tak że to ciało, które dotychczas było tylko doradczym organem Ministerstwa spraw wewnętrznych, powoli otrzymuje szerszy zakres działania.

* Sejm salcburski uchwalił petycyję o przywrócenie akademij chirurgicznych zapomnianéj pamięci.

* Zjazd 61szy lekarzy i przyrodników niemieckich, który odbył się w ostatnich dniach września w Kolonii n./R., liczył do 2000 uczestników. D. 21 września zagaili Zjazd reprezentanci rządu, miasta i sąsiedniego uniwersytetu w Bonn; poczém Bardenheuer powitał zebranych. Na pierwszém posiedzeniu ogólném mieli wykłady: prof. Binswanger z Jeny o „zbrodni i obłąkaniu“, występując przeciw teoryjom Lombrosego i Benedikta, w skutek czego już wywiązała się polemika nawet w dziennikach politycznych; następnie mówił Lassar z Berlina o zadaniu cywilizacyjném kąpieli ludowych a wreszcie Dr. v. d. Steinen z Düsseldorfu o wynikach drugiéj wyprawy do Brazylii środkowéj. Na drugiém posiedzeniu toczyły się żwawe rozprawy nad wnioskiem Virchowa co do reorganizacyi zjazdów, poczém Waldeyer mówił o kobietach w obec nauki medycyny, a prof. Weismann z Fryburga o hipotezie odziedziczania uszkodzeń; wreszcie na posiedzeniu trzeciém ogólném mówił Meynert o mózgu i moralności, w sposób nadzwyczaj ciekawy ale podobno niezrozumiały. Virchow o sztuczném zniekształceniu ciała ludzkiego, prof. Exner z Wiednia o ogólnych błędach myśleniu, a w końcu prof. Vaylinger o badaniu przyrody i szkole.

Na posiedzeniu drugiém obrano nadto za miejsce przyszłorocznego Zjazdu Heidelberg i uchwalono słabą większością wnioski Virchowa zmierzające do reorganizacyi Zjazdów. Zmiany te są następujące:

1. Każdy, który raz był członkiem Zjazdu niemieckiego może zostać członkiem Towarzystwa lekarzy i przyrodników niemieckich za ciągłą opłatą roczną 5 marek.

2. Towarzystwo może zbierać mienie i własność (utworzyć biblijotekę i zbiory).

3. Kierownictwo Towarzystwa porucza się komitetowi, w skład którego wchodzą: prezes, dwaj wiceprezesi, sekretarz jeneralny i skarbnik. Każdorazowi przewodniczący wydziału gospodarczego wchodzą także w skład komitetu.

4. Prezesów obiera się rokrocznie, sekretarza i skarbnika na 3 lata.

5. Prezes przewodniczy i na zebraniach. Pomiędzy jednym a drugim Zjazdem komitet przygotowuje wykłady, załatwia uchwały zapadłe na Zjeździe i razem z wydziałem gospodarczym układa program następującego Zjazdu.

6. Zjazdy i na przyszłość składać się będą z członków i uczestników; prawo głosowania mają tylko pierwsi.

7. Wydział miejscowy przygotowuje przyjęcie zebrania i zbiera potrzebne fundusze. Składkę opłacać będą tak uczestnicy, jak i stali członkowie.

Po przyjęciu tych wniosków wybrano prezesem towarzystwa Virchowa, wiceprezesem Brückego, członkami komitetu: Biermera, Billrotha, Beckera, Hegara, Hoffmanna z Berlina, Pettenkofera i Dra Lenta z Kolonii, sekretarzem jeneralnym Lassara, skarbnikiem Dra Hansemanna, przewodniczącymi miejscowymi w Heidelbergu Quinckego i Kühnego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Gryfija.** Katedrę anatomii po Budgem otrzymał prof. Sommer. — **Jassy.** Dr. Bastaky mianowany profesorem patologii i kliniki położniczéj. — **Rio de Janeiro.** Dr. Faria mianowany profesorem higijeny i historyi medycyny, Dr. Fonseca prof. farmakologii.

* **Nekrologija.** D. 20 sierpnia umarł w Mohylewie lekarz 41 dywizyi piechoty rz. radca stanu Marcinowski. *Dr. J. T.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: Gajkiewicza: Najnowsze poglądy na fizyjologiję mózgu; Przewoskiego: Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowéj (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 10456. **OGŁOSZENIE.**

W myśl rozporządzenia Wysokiego c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 września 1875 Nr. 126 D. u. p. odbędą się egzamina dla lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem Wysokiego c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 21 marca 1873 Nr. 37 D. u. p. w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych w jesieni 1888 r., a to dla lekarzy w Krakowie a dla weterynarzy we Lwowie.

Podania o przypuszczenie do tych egzaminów mają być wniesione najdaléj do d. 15 Października b. r. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwo i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7 względnie 17 wyż powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

Lwów d. 25 Września 1888.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.